

## مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان مواد مخدر با گروه شاهد غیر معتاد

دکتر حمید طوفانی\* - دکتر مریم جوانبخت\*

بررسی‌ها نشان می‌دهند که رویدادهای استرس‌زا و شیوه‌های مقابله‌ای و همچنین نوع نگرش فرد به زندگی می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل گرایش در وابستگی به مواد مطرح باشد. هدف از انجام این پژوهش بررسی الگوی مقابله با استرس و نگرش‌های ناسالم در معتادین مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی مشهد و مقایسه آن با گروه شاهد بوده است. برای این بررسی، ۵۰ نفر معتاد به مواد مخدر که به روش تصادفی ساده انتخاب شده بودند با ۵۰ نفر سالم که از لحاظ جنس، سن، تحصیلات، شغل و وضعیت درآمد با گروه معتاد هم‌تاسازی شده بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزارهای سنجش متغیرها، پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI responses Inventory coping) و مقیاس نگرش‌های ناسالم (DAS Dysfunctional Attitude scale) بودند. نتایج نشان داد که در هنگام بروز مشکل، معتادین از روش‌های حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از گروه شاهد و از روش‌های جسمانی کردن و مهار هیجانی به طور قابل توجهی بیشتر از گروه شاهد استفاده می‌کنند. همچنین نگرش‌های ناسالم در گروه معتاد به طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد بود ( $P < 0/01$ ). این تحقیق پیشنهاد می‌کند که استفاده از شناخت درمانی و روش‌های آموزش مقابله با استرس می‌تواند در پیشگیری اولیه و ثانویه بیماران مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: مقابله؛ استرس؛ اعتیاد؛ نگرش ناسالم.

\* - متخصص روانپزشکی - استادیار دانشکده پزشکی مشهد

\* - دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

## مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی، درمانی اجتماعی جهان امروز می باشد و به جرأت می توان ادعا کرد که تمامی جوامع، کم و بیش، با آن درگیر می باشند. ایران نیز به دلیل همسایگی با افغانستان که بزرگترین تولیدکننده تریاک در جهان است و به دلایل دیگر تاریخی و اجتماعی، یکی از قربانیان بزرگ سوء مصرف مواد در جهان بشمار می رود و با آن که طی بیست سال گذشته قربانیان زیادی برای مبارزه با این مشکل بزرگ داده و بخش عظیمی از سرمایه های ملی را صرف پیشگیری و غلبه بر این معضل کرده است به نظر می رسد که نتایج حاصله رضایت بخش بوده باشد.

بر اساس تحقیقات و بررسی های انجام شده، آنچه می تواند در کنار برخورد فیزی با عرضه مواد مخدر در جهت مبارزه با این معضل کارساز باشد، یافتن راه کاری مناسب برای کاهش تقاضا است (۵).

به طور کلی در بین عوامل مؤثر در ابتلا به اعتیاد، استرس های روانی اجتماعی بعنوان یکی از عوامل مهم شمرده شده و بر این مسئله تأکید شده است که آنچه که سلامت فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد خود استرس نیست بلکه الگوی مقابله با استرس است (۱).

یکی از مهم ترین متغیرهای تعدیل کننده مقابله با استرس، حمایت اجتماعی است. آسیب پذیری جسمی و روان - شناختی نیز به موازات کاهش حمایت اجتماعی افزایش می یابد. علاوه بر این، نوع نگرش فرد به زندگی و معنایی که به رویدادها نسبت می دهد نیز رفتار فرد را تعیین می کند. چنانکه اپیکتوس (۱) در قرن اول میلادی این گونه گفته است: «انسان ها نه بخاطر چیزها، بلکه خاطر برداشتی که از آن ها دارند بیمار می شوند» (۴). اندیشه اگر بازنگری و دوباره سنجی نشود، به ضد خود تبدیل می شود و به جای حل مشکل و رشد، ایستایی و رکود بوجود می آورد. به بیانی دیگر افکار غیرانطباقی، علت رفتارهای غیر انطباقی مانند اعتیاد هستند (۲).

کالاش (۱۹۹۴) گزارش کرد که گروه معتاد به میزان قابل توجهی نمرات DAS بالاتری نسبت به گروه کنترل داشتند که در نتیجه، انجام شناخت درمانی را برای این بیماران لازم دانست (۷).

بررسی دنوف (۱۹۸۷) در آمریکا نشان داد که فاکتورهای شناختی و سیستم های عقیدتی، در نوجوانانی که سوء مصرف مواد دارند با نوجوانان گریزان از مواد، به میزان قابل ملاحظه ای با یکدیگر تفاوت دارد (۹).

رابینسون (۱۹۹۴) گزارش کرد که نوجوانانی که در تداوم پرهیز از مواد موفق بوده اند، راهکارهای مقابله ای بهتر و کارایی و خودکفایی بیشتری نسبت به دیگران داشتند و در نتیجه در موقعیت های خطرناک، عودهای کمتری داشته و پرهیز از مواد به میزان بالاتری تحمل می کردند (۱۴).

لویسنون پس از مطالعه درباره نوجوانان آمریکایی، عدم داشتن مهارت های مقابله ای کافی را یک عامل خطرناک مهم در شروع مصرف مواد در نوجوانان بیان کرد (۱۱).

در بررسی ابراهیمی و موسوی (۱۳۷۸) در اصفهان، الگوی مقابله با استرس معتادین خود معرف با الگوی مقابله ای گروه شاهد تفاوت معنی داری داشت (۱).

با توجه به این مطلب، ما در این تحقیق شیوه های مقابله با استرس و نگرش های معتادین مواد مخدر را بعنوان متغیرهای روانی اجتماعی پیش آیند و مؤثر در تکوین و عود اعتیاد مورد ارزیابی قرار دادیم تا راهکارهای مؤثر شناسایی و پیشنهاد گردد.

سؤالات اصلی پژوهش عبارتند از:

- ۱- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله در دو گروه معتاد و سالم تفاوتی دارد؟
  - ۲- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی در دو گروه معتاد و سالم تفاوتی دارد؟
  - ۳- آیا هنگام مقابله با استرس میزان جلب حمایت اجتماعی در دو گروه تفاوتی دارد؟
  - ۴- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر جسمانی کردن در دو گروه معتاد و سالم متفاوت است؟
  - ۵- آیا میزان راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی در دو گروه متفاوت است؟
- سؤالات فرعی پژوهش عبارتند از:

- ۱- آیا متغیرهای اصلی پژوهش با تحصیلات، وضعیت تأهل و یا شغل فرد ارتباطی دارد؟
- ۲- آیا متغیرهای اصلی پژوهش با سن و یا میزان درآمد تغییر می‌کند؟
- ۳- آیا متغیرهای اصلی پژوهش با طول مدت مصرف و یا نوع ماده مصرفی رابطه‌ای دارد؟
- ۴- آیا متغیرهای مختلف با یکدیگر همبستگی معنی‌داری دارند؟

### روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های علی مقایسه‌ای (Causal - Comparative) و یا مورد - شاهد (Case - ontrol) است. در این پژوهش شیوه‌های مقابله با استرس معتادین و نگرش‌های ناسالم آن‌ها، در دو گروه سوء مصرف کنندگان مواد و گروه شاهد سالم مورد بررسی قرار گرفتند.

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از جمعیت عمومی مردان شهر مشهد و حجم نمونه آن عبارت است از ۵۰ نفر معتاد مردی که در مدت بیش از ۳ ماه ارزیابی، از اواسط تیرماه سال ۱۳۷۸ تا اواسط مهرماه همان سال، جهت ترک اعتیاد به مرکز بهزیستی مشهد مراجعه کردند و ۵۰ نفر فرد سالم همین جامعه آماری که به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. نمونه‌گیری گروه معتاد به روش تصادفی ساده از بین مراجعه کنندگان به بهزیستی صورت گرفت. برای انجام نمونه‌گیری محدودیت‌سنی وجود نداشت اما حداقل تحصیلات، پایان دوره ابتدایی و نداشتن هیچگونه بیماری جسمی مزمن و سابقه بستری در بیمارستان روانی و یا مراجعه به روان‌پزشک منظور شده بود. البته در تمام موارد، شرط اولیه انجام مصاحبه و پر کردن پرسشنامه‌ها مناسب بودن حال بیمار از نظر وضعیت هوشیاری و آگاهی او بود. با بیمارانی که در حالت نشئه بعد از مصرف اخیر مواد بوده یا دچار سندرم محرومیت و ناراحتی‌های جسمی روانی ناشی از آن بودند مصاحبه صورت نگرفت.

پس از جلب اعتماد بیمار، پرسشنامه‌های (Coping Respones Inventory) CRI و (Dysfunctional Attitude) DAS (Scale) تکمیل می‌شد. در تمام موارد، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد تا از پر کردن پاسخنامه از روی بی‌توجهی و یا بی‌اهمیت رد شدن از کنار مطالب، در حد امکان جلوگیری شود. با وجود زیاد بودن سؤالات (بیشتر از ۷۰ سؤال) اکثر آنها در طی پر کردن پرسشنامه‌ها به بیان درد دل‌ها و برخی مشکلات خود می‌پرداختند که در نتیجه در مواردی، مصاحبه ۲ تا ۲/۵ ساعت طول می‌کشید. عده‌ای نیز خواهان خدمات روانشناختی در زمینه مشکلات فردی و خانوادگی خود بودند که در حد امکان رهنمودهایی ارائه می‌شد.

پس از این که ۵۰ نفر گروه معتاد به طور کامل مورد ارزیابی قرار گرفتند، گروه شاهد با توجه به تناسب جنس، سن، تحصیلات، شغل و میزان درآمد با آنان، انتخاب شدند.

چون در گروه معتاد کارگر، کارمند، راننده، شغل آزاد، محصل و... داشتیم برای انتخاب گروه شاهد به چند کارخانه واقع در ۴۰ - ۲۵ کیلومتری مشهد، اداره کل جهاد سازندگی استان خراسان، چند آژانس تاکسی تلفنی و مشاغل مختلف مراجعه شد تا افراد سالمی که علاوه بر شغل از نظر سن، تحصیلات و سطح درآمد نیز با گروه معتاد همتا بودند مورد ارزیابی قرار گیرند. این روند هر روزه در مدتی بیش از دو ماه ادامه داشت تا اینکه گروه شاهد نیز تکمیل شد. لازم به ذکر است که یکی از شرط‌های اساسی در انتخاب گروه شاهد عدم مصرف سیگار توسط آنان بود.

خصوصیات گروه‌های معتاد و شاهد به شرح زیر است:

از نظر جنس، آزمودنی‌های هر دو گروه را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر تحصیلات، در هر یک از گروه‌ها ۴ نفر (۸ درصد افراد آن گروه) تحصیلات ابتدایی، ۱۳ نفر (۲۶ درصد) راهنمایی، ۱۹ نفر (۳۸ درصد) متوسط و ۱۴ نفر (۲۸ درصد) تحصیلات عالی داشتند.

گروه‌ها از لحاظ شغل نیز تفاوتی نداشتند به صورتی که در هر گروه ۱۰ نفر (۲۰ درصد) کارمند، ۲۰ نفر (۴۰ درصد) کارگر، ۷ نفر (۱۴ درصد) شغل آزاد، ۷ نفر (۱۴ درصد) راننده و ۲ نفر (۴ درصد) محصل یا دانشجو بودند، ۴ نفر (۸ درصد) نیز بیکار بوده و هیچ شغلی نداشتند.

گروه معتاد در دامنه  $\alpha$  سنی ۵۰ - ۱۷ سال با میانگین سنی  $28/76$  و انحراف معیار  $7/16$  و گروه شاهد در دامنه  $\alpha$  سنی ۴۵ - ۱۷ سال با میانگین سنی  $28/26$  و انحراف معیار  $6/72$  بودند.

با استفاده از آزمون آماری تی، برابری سنی دو گروه بررسی شده و مشخص شد که گروه معتاد و گروه شاهد از لحاظ سنی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند. از لحاظ درآمد در گروه معتاد، دامنه حداقل درآمد ۲۰ هزار تومان تا حداکثر ۲۰۰ هزار تومان و میانگین  $65/18$  و  $SD = 41/59$  بود. در گروه سالم دامنه درآمد از ۳۰ تا ۱۰۰ هزار تومان با میانگین  $59/68$  و  $SD = 20/96$  بود. برای ارزیابی برابری وضعیت درآمد دو گروه، مجدداً t-test انجام شد و مشخص شد که دو گروه از نظر وضعیت درآمد تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند. بدین ترتیب گروه شاهد از لحاظ جنس، سن، تحصیلات، شغل و میزان درآمد با گروه معتاد هم‌تاسازی شده بود و در این موارد دو گروه با یکدیگر تفاوتی نداشتند.

## ابزارهای پژوهش

۱ - پرسشنامه مشخصات عمومی: این پرسشنامه به منظور تعیین مشخصات افراد و اخذ اطلاعاتی در زمینه سوابق آنان تهیه شد.

۲ - پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI):

بلینگز و موس (۱۹۸۱) این پرسشنامه را که حاوی ۱۹ ماده شامل بحران شخصی، تجارب فشارزا و نحوه درگیری با رویدادهای مذکور بود برای ارزیابی پاسخ‌های مقابله‌ای تنظیم نمودند. پاسخ‌های مقابله‌ای با توجه به روایی صوری<sup>(۲)</sup> به سه بخش شناختی فعال، رفتاری فعال و اجتنابی تقسیم شد.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای که توسط آقای دکتر براهنی و موسوی باافزایش سؤالات و ۴ گزینه‌ای کردن پرسشنامه ۱۹ ماده‌ای ساخته شده و تنظیم مجددی که توسط دکتر دژکام و همکاران (۱۳۷۶) انجام گرفته، استفاده شده است. در تنظیم مجدد ضریب پایایی  $79/5$  درصد برای نمره کل از طریق بازآزمایی، برای مقابله مبتنی بر حل مسئله با سه ماده مقدار پایانی  $r = 0/903$ ، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی با ۱۱ ماده  $r = 0/651$  و مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی با ۵ ماده

با  $r = 0/688$ ، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات با  $r = 0/905$  و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی با  $r = 0/903$  به دست آمده است.

۳- مقیاس نگرش های ناسالم DAS و ایسمن و بک (۱۹۸۷): این مقیاس که ابزاری پژوهشی است، یک پرسشنامه خودسنجی به شمار می آید که شامل ۴۰ سؤال می باشد. پاسخ هر سؤال ۷ درجه دارد که هر درجه، رتبه عقاید و نگرش نامناسب و بدون انعطاف را که به محتوای سؤال مربوط می شود، اندازه گیری می کند و نمرات بالا (نمرات ۶ و ۷) در هر سؤال نشان دهنده نگرش های ناسالم می باشند. این مقیاس از جمله مقیاس های معتبر محسوب شده و خصوصیات روان سنجی رضایت بخشی دارد. همسانی درونی بالا با ضریب آلفا  $0/90$  و ثبات کافی  $r = 0/73$  در طول شش هفته از خصوصیات برجسته آن است (۶).

پایایی این مقیاس با روش دو نیمه کردن و استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون محاسبه گردیده و ضریب پایایی  $0/84$  به دست آمده است.

نمرات داس می تواند بعنوان یک فاکتور پیشگویی کننده برای پاسخ به شناخت درمانی باشد (Keller, ۱۹۸۳) (۶). نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از روش آماری t و همبستگی پیرسون در نرم افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

در پاسخ به سؤال اول و دوم پژوهش، یافته ها گویای آن است که افراد سالم راهبردهای مقابله ای مبتنی بر حل مسأله و ارزیابی شناختی را بیشتر از معنادان بکار می برند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0/01$ ) (شکل ۱ و ۲). در پاسخ به سؤال سوم و چهارم، یافته ها گویای آن است که هنگام برخورد با استرس جلب حمایت اجتماعی در گروه معنادار به طور معنی داری کمتر و جسمانی کردن بیشتر از گروه شاهد است ( $P > 0/01$ ).

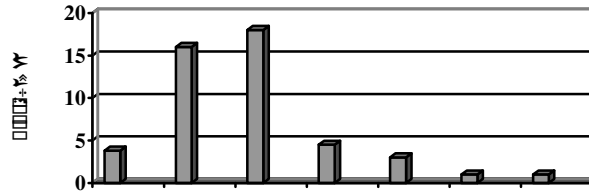
جدول ۱: جدول همبستگی بین متغیرها

متغیرها	حل مسأله	ارزیابی شناختی	جلب حمایت اجتماعی	جسمانی کردن	مهار هیجانی	نگرش های ناسالم
حل مسأله	۱	$0/83^{**}$	$0/49^{**}$	$-0/66^{**}$	$-0/52^{**}$	$-0/89^{**}$
پارزیابی شناختی	$0/83^{**}$	۱	$0/45^{**}$	$-0/63^{**}$	$-0/52^{**}$	$-0/82^{**}$
جلب حمایت اجتماعی	$0/49^{**}$	$0/45^{**}$	۱	$-0/29^*$	$-0/24^*$	$-0/48^{**}$
جلب حمایت اجتماعی	$-0/66^{**}$	$-0/63^{**}$	$-0/29^*$	۱	$0/68^{**}$	$0/71^{**}$
مهار هیجانی	$-0/52^{**}$	$-0/52^{**}$	$-0/24^*$	$0/68^{**}$	۱	$0/59^{**}$
نگرش های ناسالم	$-0/89^{**}$	$-0/82^{**}$	$-0/48^*$	$0/71^{**}$	$0/59^{**}$	۱

\* یعنی مقدار همبستگی با  $0/01$  خطا معنی دار است.

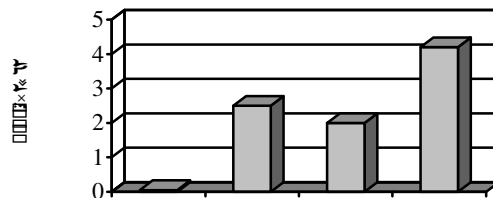
\*\* یعنی مقدار همبستگی با  $0/001$  خطا معنی دار است به عبارت دیگر تعداد ستاره ها شدت همبستگی را نشان می دهد.

معتادان راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مهار هیجانی را بیشتر از افراد سالم بکار می‌برند که این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $P > 0/01$ ).

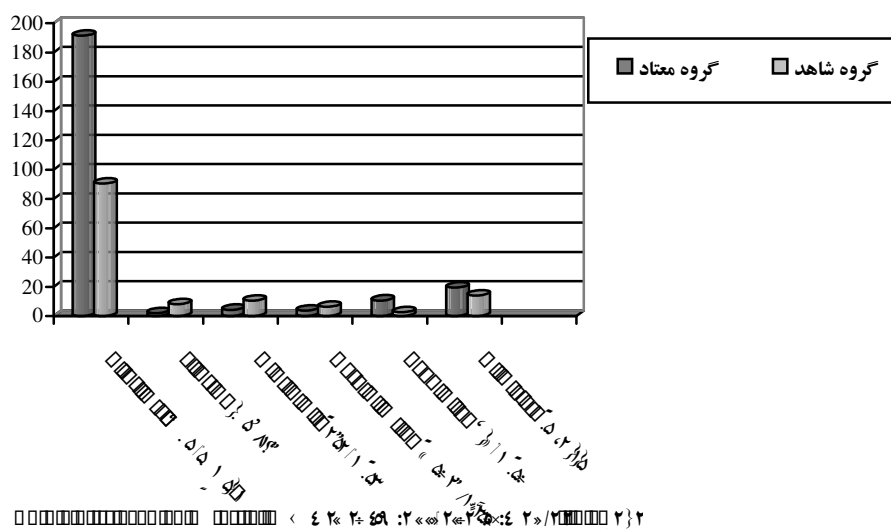


شکل ۳. مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای معتادان و گروه شاهد (در مقابله با ۹۰ نفر از معتادان و ۹۰ نفر از گروه شاهد)

نتایج در پاسخ به سؤال ششم نشان داد که نگرش‌های گروه معتاد و گروه شاهد تفاوت دارد، طوری که نگرش‌های ناسالم در گروه معتاد به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر از گروه سالم است، (۹۰ در مقابل ۹۰) که در شکل ۳ مشاهده می‌شود. نتایج در پاسخ به سؤالات فرعی پژوهش نشان داد که در گروه معتاد ظاهراً تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل فرد رابطه‌ای با شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم آنها نداشت که البته این مسأله از لحاظ آماری قابل بحث نیست چرا که تعداد افراد در بعضی از گروه‌ها کمتر از حدی بود که بتواند بیانگر کل افراد معتاد در آن گروه خاص باشد. متغیرهای اصلی پژوهش، در معتادین ارتباطی با سن و طول مدت مصرف مواد نداشت و با میزان درآمد فرد نیز تغییری نمی‌کرد. شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم با نوع ماده مصرفی فرد ارتباطی نداشت. نتایج همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ مشاهده می‌شود.



شکل ۴. مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای معتادان و گروه شاهد (در مقابله با ۹۰ نفر از معتادان و ۹۰ نفر از گروه شاهد)



## بحث

بطور کلی نتایج در پاسخ به پنج سؤال اصلی و ابتدایی پژوهش نشان داد که معتادان از راهبردهای مقابله‌ای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی، کمتر و از راهبردهای مقابله‌ای جسمانی کردن و مهار هیجانی بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر، آنها به جای مقابله معطوف به مشکل که قصدش از میان برداشتن مشکل یا تعدیل آن است، مقابله هیجان مدار را بکار می‌گیرند که در این نوع مقابله، فرد بیشتر درصدد است تا پیامدهای هیجانی عامل استرس‌زا را مهار کند. این افراد تحت تأثیر عواطف‌شان قرار می‌گیرند و به جای هدف قرار دادن مشکلات، در مجموعه‌ای از رفتارها درگیر می‌شوند که در ابتدا جهت کاهش و یا حذف این واکنش‌های هیجانی منفی طرح‌ریزی می‌شود. چنین تلاش‌هایی در گروه معتاد اغلب منجر به عواطف منفی بیشتری شده و میزان آشفتگی آنها را افزایش می‌دهد. این امر با نتایج کوک (۱۹۹۸)، رابینسون (۱۹۹۴)، لوینسون (۱۹۹۵)، ابراهیمی و موسوی (۱۳۷۸) همخوانی داشت.

نتایج در پاسخ به سؤال ششم نشان داد که نگرش‌های ناسالم در گروه معتاد به میزان چشمگیری بالاتر از گروه شاهد است. این مسئله نیز با نتایج کالاش (۱۹۹۴) و دنوف (۱۹۸۷) همخوانی داشت. بالاتر بودن نگرش‌های ناسالم در معتادان بر لزوم استفاده از شناخت درمانی در این بیماران تأکید می‌کند.

الگوی مقابله با استرس معتادین که یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزا است باید با استفاده از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای تصحیح شود؛ چنانکه مونت (۱۹۹۷) بیان کرد که سوء مصرف کنندگانی که تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قرار می‌گرفتند، بطور قابل توجهی مواد کمتری روزانه مصرف می‌کردند و طول مدت طولانی‌ترین دوره‌ای که مصرف بیش از حد داشتند به میزان چشمگیری کوتاه‌تر از گروه کنترل بود (۱۲).

در مطالعه دیگری کاستلانی (۱۹۹۷)، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را یک درمان خوش‌خیم و مؤثر برای غلبه بر استرس و در نتیجه پیشگیری از عود دانست (۸).

چانی و همکارانش (۱۹۸۹) بیان کردند که سنگ بنای رفتار درمانی در مسائل مربوط به سوء مصرف مواد "آموزش مهارت‌ها" است؛ از قبیل مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی، افزایش عزت نفس، آرام‌سازی و مقابله با استرس و ارتباطات بین فردی (۱۰).

شیوه‌های مقابله با استرس در معتادین و نگرش‌های آنها ارتباطی با سن و طول مدت مصرف مواد نداشت. این امر می‌تواند به این علت باشد که طرحواره‌ها و ساخت‌های شناختی و همچنین «شیوه‌های برخورد با استرس، از زمان کودکی آموخته شده و بتدریج تا اواخر نوجوانی در فرد شکل می‌گیرند. بنابراین با سن فرد یا طول مدت مصرف مواد ارتباطی ندارد. به عبارت دیگر، الگوهای ناکارآمد، زمینه ساز گرایش به مصرف مواد هستند؛ چرا که در غیر این صورت، افزایش طول مدت مصرف مواد می‌بایست منجر به الگوهای مقابله‌ای ناکارآمدتر و نگرش‌های ناسالم تر می‌شود که در این مطالعه چنین چیزی مشاهده نشد.

متغیرهای پژوهش با میزان درآمد فرد تغییر نمی‌کرد. یعنی وجود نگرش‌های ناسالم و شیوه‌های مقابله با استرس غیرانطباقی در هر فرد با هر طبقه اجتماعی و اقتصادی منجر به آسیب‌پذیری وی در برابر اعتیاد می‌شود. متغیرهای اصلی پژوهش با نوع ماده مصرفی فرد معتاد نیز ارتباطی نداشت چرا که مسأله مهم، «نگرش‌ها و رفتارهای مربوط به اعتیاد» است که این مسأله در سوء مصرف مواد مختلف مانند الکل، تریاک، هروئین و غیره تفاوتی ندارند. نتایج همبستگی بین متغیرها نشان داد که با وجود نگرش‌های سالم تر و کارآمدتر در فرد، حل مسأله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی در هنگام بروز مشکل بیشتر است و استفاده از مهار هیجانی و جسمانی کردن کمتر می‌باشد.

اولاً یک محدودیت ذاتی در این پژوهش وجود دارد، بدین صورت که آسیب‌های روانی اجتماعی و شناختی همانقدر که می‌تواند علت بیماری باشند، ممکن است پیامد و نتیجه آن نیز باشند. این موضوع در معتادانی که مدت زمان بیشتری را با بیماری گذرانده‌اند بیشتر صدق می‌کند. رفع چنین محدودیتی تنها زمانی ممکن است که بتوان معتادان را قبل از درگیری با اعتیاد یعنی قبل از شروع بیماری موارد ارزیابی قرار داد که دستیابی به چنین افرادی اگر ناممکن نباشد، بسیار مشکل خواهد بود. مشخص شدن این مسأله نیاز به بررسی‌های آینده نگر دارد که در آن گروهی از افراد سالم را ارزیابی کرده و بعد از چند سال یعنی پس از وقوع اعتیاد، آنها را مجدداً بررسی و نتیجه‌گیری کرد.

همچنین در این پژوهش، متغیرهای مستقل با کمک پرسشنامه خود سنجی ارزیابی شده‌اند. بنابراین، یک محدودیت بالقوه در این پژوهش گذشته نگر - که در واقع نوعی محدودیت مختص پژوهش‌های مبتنی بر ارزیابی خودسنجی است - آن است که اینگونه بررسی‌ها دارای سوگیری یادآوری بوده و از دقت کمتری برخوردارند، البته این خطای یادآوری در هر دو گروه پژوهش بطور یکسانی وجود داشته است.

محدودیت آخر این پژوهش آن است که یافته‌های حاصل، اختصاص به مردان دارد و به علت عدم حضور زنان در نمونه‌گیری، نتایج فقط در مورد مردان قابل تعمیم است.

موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

اولاً لازم است نمونه‌های مورد مطالعه، مرکب از هر دو جنس زن و مرد و با تنوع و حجم بیشتر انتخاب شوند تا تعمیم نتایج با قوت بیشتری صورت گیرد و اعتبار پژوهش افزایش یابد. ثانیاً برای کنترل بیشتر متغیرهایی که ممکن است پیش از ابتلا در ایجاد اعتیاد مداخله کنند، «انجام مطالعات آینده نگر ضروری است و می‌تواند نقش سببی این عوامل را روشنتر سازد. البته این امر مستلزم صرف نیرو و هزینه بیشتر در مدت زمانی طولانی و چندین ساله است. ثالثاً اینکه این پژوهش را می‌توان بر روی نمونه‌های سالم اما مستعد اعتیاد تکرار و یافته‌های حاصل را با نتایج پژوهش حاضر مقایسه کرد و در



صورت تأیید نتایج، میتوان گفت این عوامل شناختی و روانی اجتماعی، از نظر آسیب‌زایی دارای نقش علی در ایجاد اعتیاد هستند.

از جنبه کاربردی، نتایج پژوهش را می‌توان در هر سه حیطه پیشگیری از اعتیاد توسط روانشناسان بالینی ورزیده و روانپزشکان به کار گرفت و از بروز، تشدید یا خسارت‌های ناشی از این بیماری کم کرد. در پیشگیری اولیه می‌توان با استفاده از این پرسشنامه‌ها در مدارس، ادارات، کارخانه‌ها و مشاغل مختلف به شناسایی افراد در معرض خطر و مستعد اعتیاد پرداخت و با انجام برنامه‌های ویژه‌ای در مورد تغییر سبک زندگی، آموزش رفتارهای انطباقی و روش‌های کارآمد مقابله با استرس، آموزش مهارت‌های حل مسئله و آموزش مصونیت در برابر استرس و همچنین شف نگرش‌های ناسالم و غیر منطقی و تصحیح و یا حداقل تعدیل آنها، خطر ابتلا به این بیماری را کاهش داد.

در پیشگیری ثانویه، بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان با مداخلات روانشناختی از قبیل روش‌های آرام‌سازی (relaxation) و مدارا با استرس (Stress management) و انجام شناخت درمانی جهت تبدیل نگرش‌های ناسالم به نگرش‌های سالم و منطقی در معتادانی که جهت ترک مراجعه می‌نمایند، به درمان آنان پرداخت که این امر موجب تسهیل و تسریع در امر درمان خواهد شد. در پیشگیری نوع سوم، با توجه به نتایج این بررسی می‌توان با بهره‌گیری از فنون شناختی و رفتاری، بازتوانی معتادان از کار افتاده و مزمن کمک کرد و کارایی و بهزیستی آنان را افزایش داد. جنبه‌های کاربردی نتایج پژوهش در پیشگیری‌های سه گانه، با طرح کشوری ادغام بهداشت روانی در بهداشت عمومی همخوانی دارد و می‌تواند در غنی‌سازی درمان معتادان و پیشگیری از اعتیاد مفید باشد. در این چشم انداز، میدان عمل وسیعی برای روانشناسان بالینی و روانپزشکان علاقمند به کار در حوزه روانشناسی و طب رفتاری و شناختی باز می‌شود تا جامعه و به ویژه معتادان را از خدمات مفید و ارزنده خویش بهره‌مند سازند و در تأمین بهداشت روانی و جسمانی افراد و ارتقاء بهزیستی آنان منشاء اثر باشند.

## Abstract

### *Comparison of Coping Styles and Dysfunctional Attitudes in Substance Abusers and Control Group*

Studies reveal that stressful events and strategies to cope with them, and a person's attitude towards life can be considered as determining factors in drug addiction. This study was intended to study the addicts' coping skills against stress ful situations and their dysfunctional attitudes toward life and compare it with a control group. 50 addicts were randomly selected and compared with 50 non-addicts who matched in sex, age, education, profession and income with cases. Coping Responses Inventory (CRI) and dysfunctional attitude scale (DAS) were used for measurement purposes. The results indicated that addicts made much less use of problem-solving methods, cognitive evaluation and social support than non-addicts. However, their use of somatization and emotional inhibition was far more than non-addicts. Also, dysfunctional attitudes in addicts were significantly higher than nonaddicts ( $P < 0.01$ ). It is finally suggested that the use of cognitive therapy and stress-coping training could be helpful and effective in primary and secondary prevention of the addicts.

**Key Words:** Coping with Stress; Addiction; Dysfunctional Attitudes.

## منابع

- ۱- ابراهیمی . الف و موسوی غ (۱۳۷۸) بررسی الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف مرکز تحقیقات و پیشگیری اعتیاد اصفهان و مقایسه با گروه کنترل . خلاصه مقالات چهارمین کنگره سراسری استرس . ۲۸-۲۵ خرداد ماه ۱۳۷۸ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران . ۲۷ و ۲۸ .
- ۲- برنز ، د (۱۳۷۷) روان شناسی افسردگی (ترجمه مهدی قراچه داغی) . نشر دایره ، تهران ، ۱۴-۹ ، ۲۶ ، ۲۷، ۴۶-۲۷، ۲۸-۲۷۸ .
- ۳- پاول ت ج و انرایت س . ج (۱۳۷۸) کنترل اضطراب و فشارهای روانی (ترجمه مهرداد پڑهان) . انتشارات غزل ، اصفهان ، ۲۵-۱ ، ۵۰-۴۷، ۱۳۴ و ۱۳۵ .
- ۴- ساراسون ای ، جی و ساراسون ب . ر (۱۳۷۷) روانشناسی مرضی ، جلد اول (ترجمه دکتر بهمن نجاریان ، دکتر محمد علی اصغری مقدم ، محسن دهقانی) ، انتشارات رشد ، تهران ، ۳۶۲-۲۷۹ ، ۳۹-۳۲ ، ۱۸۹ و ۱۹۰ .
- ۵- مهریار . الف . هـ جزایری ، م . (۱۳۷۷) اعتیاد : پیشگیری و درمان ، نشر روان پویا . تبریز . ۲۰-۱ ، ۳۱-۲۸ ، ۴۴ ، ۸۱ و ۸۲ .
6. Belack – A.S: Hersen – M. (1988) , Behavioral Assessment (PGOS-65) , P ergamon press, Maxwell House , fairview Park. Elmsford , New York 10523 , USA. 174 – 6.
7. Calache – J: Martinez – R: Verhulst – SJ : Bourgeois – M: Peyre – F (1994).
8. Castellani – B: Wedge worth – R: Wootton – E: Ruple – L (1997) A bi – directional theory of addiction: examining coping coping and the factors related to substance relapse. Addictive – Behaviors; 22(1). 139 - 144.
9. Denoff – MS. (1987) Irrational beliefs as predictors of adolescent drug abuse and running away. Journal of clinical Psychology , 43/3. 412 – 423.
10. Galanter – M , kleber – H.D , (1994) “The American Psychiatric Press Textbook of substance Abuse Treatment” . American Psychiatric Press. Inc. Washington , DC. 285 – 299. First Edition.
11. Lewinsohn – PM: Gotlib – IH: Seeley – JR. (1995) Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry , 34/9. 1221 – 1229.
12. Monti – PM: Rohsenow – DJ: Michalec – E: Martin – RA : Abrams – DB. (1997) Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. Addiction , 92 (12). 1717 – 1728.
13. Quirk – SW: Mc Cormick – RA. (1998) Personality subtypes , Coping styles , symptom correlates , and substances of choice among a cohort among a cohort of substance abusers – Assessment , 5 (2). 157 – 169.
14. Robinson – SM: Walsh – J. (1994) Cognitive factors affecting abstinence among adolescent polysubstance abusers , Psychol – Rep , 75 (1pt 2). 579 – 589.